



La visite à domicile dans le cadre de l'APA : quel effet de la formation initiale des personnels sur leurs pratiques ?

Agnès Gramain, Solène Billaud, Jingyue Xing

► To cite this version:

Agnès Gramain, Solène Billaud, Jingyue Xing. La visite à domicile dans le cadre de l'APA : quel effet de la formation initiale des personnels sur leurs pratiques ?. 2015. hal-01247478

HAL Id: hal-01247478

<https://hal.science/hal-01247478>

Submitted on 22 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



La visite à domicile dans le cadre de l'APA : quel effet de la formation initiale des personnels sur leurs pratiques ?

MODAPA
www.modapa.cnrs.fr

Notes MODAPA / N°4
Décembre 2015

Confiée aux conseils départementaux en 2002, la procédure d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prévoit que les personnes âgées qui demandent l'APA reçoivent la visite, à leur domicile, d'une équipe médico-sociale du conseil départemental. Cette visite a pour but d'évaluer le degré de perte d'autonomie de la personne à partir d'une grille légale (grille AGGIR) et d'élaborer un plan d'aide personnalisé financé en partie par l'APA. La loi encadre la composition globale des équipes médico-sociales : elles doivent comporter au moins un médecin et un travailleur social. Elle ne précise pas en revanche le type de formation professionnelle requise pour les autres membres de l'équipe qui sont aussi chargés des visites à domicile.

En pratique, bien qu'ils occupent des postes semblables, les membres des équipes médico-sociales peuvent avoir suivi des formations professionnelles initiales différentes, qui relèvent, pour l'essentiel, soit des professions paramédicales (diplôme d'infirmier), soit des professions du travail social (diplômes d'assistant de service social, de conseiller en économie sociale familiale ou encore d'éducateur). Cette différence de formation initiale a-t-elle des effets sur leurs pratiques professionnelles en matière d'évaluation du degré de perte d'autonomie et d'élaboration des plans d'aide ?

Cette note présente les principaux éléments de réponse à cette question obtenus suite à un travail de recherche en sociologie conduit dans quatre départements.

Editeur scientifique : Agnès Gramain (CES, Université Paris 1-Panthéon Sorbonne)

Rédaction : Agnès Gramain (CES, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne)

D'après « Créer l'interprofessionnalité médico-sociale par les politiques du vieillissement » de Jingyue Xing et Solène Billaud, Document de travail, Centre Maurice Halbwachs, 2015.



Le projet de recherche MODAPA rassemble une dizaine de chercheurs en sciences économiques pour étudier la demande d'aide des personnes âgées dépendantes à domicile. Il a pour objectif principal d'estimer la sensibilité de la demande d'aide professionnelle au reste-à-charge et son effet sur les aides informelles. Il permettra en particulier de simuler l'impact de réformes des politiques publiques sur la prise en charge de la dépendance et son financement.

Cette recherche a bénéficié de l'aide conjointe de la Direction Générale de la Santé (DGS), de la Mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MiRe-DREES) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), du Régime Social des Indépendants (RSI) et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), dans le cadre de l'appel à projets général lancé par l'IRSeP en 2013. Cette recherche a également bénéficié de l'aide de l'Agence Nationale de Recherche (ANR) dans le cadre de l'appel à projet 2014 du défi Santé et Bien-être (convention ANR-14-CE30-0008).



• Le rôle des équipes médico-sociales

Depuis 2002, les conseils départementaux sont chargés de la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui finance une partie des dépenses de prise en charge quotidienne pour les personnes âgées dépendantes.

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) fixe les procédures à suivre pour l'instruction des demandes d'APA des personnes à domicile (articles R232-7 à R232-10). Il confie l'instruction à une équipe médico-sociale, impose qu'au moins l'un des membres de cette équipe se rende au domicile des personnes qui demandent à bénéficier de l'allocation et fixe les outils de l'instruction.

• Les deux usages de la grille AGGIR

Lors de la visite à domicile, une grille légale, dite grille AGGIR, doit être remplie. Cette grille décrit, à travers 17 questions, la situation des personnes qui sollicitent l'allocation : les difficultés qu'elles rencontrent pour réaliser les activités quotidiennes (se vêtir, se déplacer, faire le ménage, gérer ses comptes...), mais aussi leur entourage et leur habitat. Cette grille structure l'attribution de l'aide publique en deux temps.

Une partie de la grille (8 des 17 items) sert tout d'abord au « girage » des demandeurs : il s'agit de construire une mesure du degré de perte d'autonomie de la personne, en six modalités, qui conditionne ses droits à l'APA. Les personnes relevant des deux niveaux les plus faibles (dits « GIR 6 » et « GIR 5 ») ne sont pas éligibles à l'APA. Pour celles qui relèvent des quatre niveaux supérieurs et qui sont donc éligibles à l'APA, leur GIR détermine un montant d'aide plafond : de 562,57 €/mois pour les personnes évaluées en GIR 4 (les plus autonomes) à 1 312,67 €/mois pour celles évaluées en GIR 1 (les plus dépendants).

Pour les personnes éligibles, la grille AGGIR sert aussi à élaborer un plan d'aide individualisé qui précise en particulier le nombre d'heures d'aide subventionnées accordé au demandeur et fixe ainsi le montant exact de l'allocation dans la limite du plafond imposé par le GIR de la personne.

• La composition officielle des équipes médico-sociales

Concernant la composition et le fonctionnement des équipes médico-sociales, le CASF laisse des marges de manœuvre aux conseils départementaux. La loi indique qu'elles doivent comprendre « au moins un médecin et un travailleur social », ce qui ne constitue pas une définition ferme des équipes médico-sociales, d'autant plus que le terme « travailleur social » est une

appellation relativement large, qui peut correspondre à différents diplômes et métiers : les assistants de service social, les éducateurs spécialisés, les éducateurs techniques spécialisés, les moniteurs d'atelier, les conseillères en économie sociale et familiale (CESF), les délégués à la tutelle aux prestations sociales...

Quant à l'organisation et la répartition du travail à l'intérieur de ces équipes, le code n'en dit rien. En particulier, il ne précise pas quelle doit être la formation initiale de ceux des membres de l'équipe médico-sociale que nous qualifierons de « visiteurs », c'est-à-dire ceux qui effectuent les visites à domicile et doivent donc remplir la grille AGGIR et élaborer les plans d'aide. D'un département à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'une même équipe médico-sociale, la visite peut donc être effectuée par des personnes de formations initiales différentes.

• Un contexte *a priori* propice à l'hétérogénéité des pratiques professionnelles

La formation initiale des visiteurs des équipes médico-sociales pourrait se refléter dans leurs pratiques professionnelles et conduire à une forte hétérogénéité en la matière.

En effet, les formations initiales suivies par la plupart des visiteurs, qui relèvent soit des professions paramédicales (diplôme d'infirmier), soit des professions du travail social (diplôme d'assistant de service social, d'éducateur...), se distinguent fortement dans leur contenu : alors que les premières laissent une large place aux enseignements de compétences cliniques, diagnostiques et thérapeutiques, les secondes accordent un poids plus important aux sciences sociales.

Ces différences initiales pourraient être renforcées par le contexte de travail des équipes médico-sociales. En effet, une fois en poste, les membres des équipes médico-sociales ne reçoivent en général que peu de formation continue concernant l'utilisation de la grille AGGIR et l'élaboration d'un plan d'aide. De plus, ils exercent leur métier de manière isolée puisqu'ils se rendent majoritairement seuls chez les personnes âgées qui sollicitent l'APA. Cette organisation du travail ne favorise pas *a priori* une harmonisation des pratiques d'évaluation.

Dans les faits, peut-on mettre en évidence des différences de pratiques expliquées par la diversité des formations initiales ? Quelques éléments de réponses peuvent être apportés par l'analyse d'une enquête de terrain, conduite auprès des équipes médico-sociales en charge de l'APA dans quatre départements.



• Le cadre de l'enquête

Notre étude repose sur des enquêtes ethnographiques, réalisées entre 2010 et 2012, dans le cadre d'une recherche sur l'action publique décentralisée en direction des personnes âgées dépendantes. Nous avons ainsi étudié, dans quatre départements métropolitains, les pratiques professionnelles des équipes médico-sociales lors des visites à domicile dans le cadre de l'APA. Ces quatre départements sont désignés par une lettre (G, V, C ou B) afin de préserver la confidentialité des données et l'anonymat des personnes rencontrées.

• Un échantillon raisonné

Notre étude ne s'appuie pas sur un échantillon représentatif, au sens statistique du terme, mais un échantillon raisonné, c'est-à-dire un ensemble de cas contrastés qui permet, par comparaison des différents cas, de faire émerger des mécanismes communs.

Les départements étudiés ont été choisis pour leur diversité en matière d'action sociale pour les personnes âgées dépendantes, caractérisée à partir de différents indicateurs (voir Tableau 1). Le département B fait office de département moyen : les indicateurs y prennent des valeurs proches de celles observées pour la France métropolitaine. Le département G est plus pauvre et plus vieux que la moyenne nationale : les dépenses d'aide sociale par habitant y sont élevées et les dépenses d'APA pèsent particulièrement lourd. Le département V est lui aussi plus pauvre que la moyenne mais sa population est nombreuse et jeune : les bénéficiaires de l'APA sont nombreux, mais les dépenses d'APA y sont faibles comparées aux autres dépenses d'aide sociale. Enfin, le

département C se distingue par le faible montant de ses dépenses d'aide sociale et par l'importance de la prise en charge en établissement pour les personnes âgées dépendantes.

• Une enquête ethnographique

Dans chaque département, l'enquête a été conduite de la manière suivante. Un premier contact a été pris, souvent avec un chef de service. Ensuite, dans une perspective ethnographique, nous avons circulé dans l'administration et avons sollicité, pour des entretiens, des personnes situées aux différents niveaux hiérarchiques : le directeur du service du conseil départemental, en charge des politiques en direction des personnes âgées, le responsable des équipes médico-sociales, les médecins et les visiteurs à domicile. Parallèlement, nous avons enquêté auprès de visiteurs à domicile différents, par leur âge, leur formation initiale (infirmières, assistantes sociales, CESF, etc.) et leur trajectoire professionnelle.

• Les informations recueillies

Le matériau se compose des dossiers de demande d'APA envoyés aux conseils départementaux, des entretiens avec le personnel du conseil départemental et de nos compte-rendus d'observations de visites à domicile. Nous avons pu accompagner des membres d'équipe médico-sociale lors d'une vingtaine de visites, ce qui a été crucial pour comprendre de manière concrète le contenu de leur travail. En effet, l'exercice professionnel implique souvent la mise en œuvre de savoirs tacites, qui ne sont que partiellement explicités dans les entretiens, parce qu'ils sont inconscients, difficiles à expliquer ou encore délicats à exprimer publiquement.

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES QUATRE TERRAINS D'ENQUÊTE PAR RAPPORT A L'ENSEMBLE DES DEPARTEMENTS METROPOLITAINS

Indicateurs départementaux [valeur pour l'année 2012 sauf mention contraire]	C	G	B	V	France métropolitaine
Part des personnes de plus de 75 ans dans la population (en %) (*)	< 9,1	> 9,1	~ 9,1	< 9,1	9,1
Montant de la dépense brute d'aide sociale (en euros par habitant) (*)	Q1	Q4	Q3	Q4	516
Part des dépenses d'APA dans les dépenses d'aide sociale (en %) (*)	Q1	Q4	Q3	Q1	16,5
Taux de bénéficiaires de l'APA dans la population âgée de 75 ans et plus à sa mise en place—2003 (en % standardisé) (**)	Q2	Q4	Q3	Q3	170
Part des bénéficiaires de l'APA résidant à domicile (en %) (*)	Q1	Q4	Q3	Q3	59

(*) Source : Indicateurs sociaux départementaux de la DREES (www.drees.sante.gouv.fr/les-indicateurs-sociaux-departementaux,8626.html)

(**) Le taux standardisé neutralise les effets de structure démographique. Pour sources et calculs, voir Etudes et résultats DREES n°372, 2005.

Lecture : afin de protéger l'anonymat des départements, on mentionne uniquement l'appartenance aux quartiles calculés sur les 96 départements métropolitains. La mention Q1 signifie que le département fait partie des 24 départements (soit le quart des départements) pour lesquels l'indicateur considéré est le plus faible. La mention Q4 signifie qu'il fait partie des 24 départements pour lesquels l'indicateur est le plus élevé.



• Selon les supérieurs hiérarchiques, les pratiques sont très influencées par la formation initiale

Du point de vue des médecins et des chefs de service des conseils départementaux, les formations initiales des évaluateurs correspondent à des pratiques professionnelles différenciées, dont certaines sont plus éloignées que d'autres de ce que la hiérarchie attend.

Tout d'abord, la formation initiale des visiteurs aurait un effet sur la manière d'utiliser la grille AGGIR et sur l'évaluation du degré de perte d'autonomie obtenue (GIR). Les infirmières appliqueraient la grille de manière « plus rigoureuse » [chef de service - Conseil Départemental (CD) G], avec « un regard plus médical » [médecins - CD G et B], perçue comme plus proche de ce que vise l'outil AGGIR créé par des médecins. De leur côté, les travailleurs sociaux auraient tendance à tenir compte d'éléments de la situation sociale des personnes - l'isolement par exemple - pour relativiser le GIR obtenu à l'aide de la grille. Si ces éléments figurent bien dans la grille, ils n'entrent pas formellement dans le calcul du degré de perte d'autonomie qui conditionne l'éligibilité et le plafond d'aide attribuable.

La deuxième différence porterait sur l'allocation des heures d'aide : les travailleurs sociaux sont perçus comme étant plus « généreux » dans leur manière d'allouer l'aide publique. C'est le terme qu'emploie le chef du service « Personnes âgées » du conseil départemental G, précisant à propos des assistantes sociales, qu'« elles accordent souvent plus d'heures d'aide. C'est effectivement un de nos soucis ». Sans avoir de chiffres précis, il pense que les assistantes sociales accordent plus souvent un plan d'aide correspondant au montant plafond prévu par la loi.

Enfin, les chefs de service et les médecins présentent les infirmières comme étant plus respectueuses des injonctions administratives et des consignes de leur hiérarchie. Elles poseraient « moins de problèmes au niveau du management » [chef de service des équipes médico-sociales - CD G].

Vu du siège d'un conseil départemental, les formations initiales des membres des équipes médico-sociales influenceraient donc leurs pratiques professionnelles. Le recrutement de visiteurs de formations initiales différentes relèverait même parfois d'une volonté délibérée d'articuler plusieurs types de compétences dans l'équipe.

• Au domicile, des pratiques assez similaires

L'observation des visites à domicile et les entretiens réalisés avec les évaluateurs donnent cependant une image plus nuancée de l'hétérogénéité des pratiques. Quelle que soit la formation initiale du visiteur, l'usage

de la grille AGGIR semble s'inscrire dans une négociation avec les personnes âgées qui demandent l'APA et parfois même avec leur famille. La visite commence toujours par une discussion globale, portant notamment sur la situation sociale de la personne, les aides qu'elle reçoit déjà et ce qu'elle attend de la prestation APA. La grille n'est remplie que dans un second temps. La maîtrise de l'outil permet aux visiteurs, le cas échéant, d'aménager le codage des 8 items du girage, afin d'obtenir un GIR associé à un plafond suffisant pour mettre en place les aides qu'ils jugent nécessaires après leur évaluation globale de la situation.

• Des normes professionnelles implicites partagées

Le codage de la grille AGGIR et la modulation du nombre d'heures d'aide accordées semblent guidés par des normes professionnelles implicites, partagées par la plupart des évaluateurs suivis.

Tout d'abord, les évaluateurs modulent l'usage de la grille pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé qu'ils anticipent. Ils jugent cette pratique avantageuse pour eux-mêmes, puisqu'elle permet d'alléger la charge de travail en espaçant les visites de révision, et pour les bénéficiaires de l'APA, puisqu'elle évite de nouvelles démarches administratives lorsque le besoin d'aide augmente.

Les visiteurs utilisent ensuite la modulation pour améliorer l'hygiène du corps, ce qu'ils considèrent comme le cœur de leur mission : « L'APA, ce n'est pas du ménage, c'est de l'aide à la personne » [infirmière - CD B]. Or, l'aide au corps, et notamment l'aide à la toilette, peut être mal perçue par certains demandeurs de l'APA. Quand c'est le cas, la possibilité d'attribuer plus d'heures de ménage si la personne accepte aussi une aide à la toilette peut servir d'outil de persuasion, implicite ou explicite.

Enfin, les visiteurs utilisent leur marge de manœuvre lorsque le maintien à domicile leur semble être en jeu. Ils ont ainsi tendance à s'arranger pour accorder un nombre d'heures d'aide plus important aux personnes isolées et à celles dont les aidants familiaux leur semblent fragilisés (voir encadrés).

ENCADRÉ 1 : PERMETTRE AUX PERSONNES ISOLÉES DE RESTER À DOMICILE

Extrait de compte-rendu de visite :

« Il a quand même besoin d'aide malgré tout. Il est tout seul, si on lui enlève des aides, il ne peut plus rester à domicile. Il a 90 ans donc... Donc que je ne vais pas non plus être stupide. Mais si vraiment je devais être stricte, il n'aurait eu aucune aide de l'APA ». [visiteuse (assistante sociale) - CD G]



ENCADRÉ 2 : SOULAGER LES AIDANTS FAMILIAUX

Lors d'une visite pour la révision de l'APA chez un monsieur atteint de la maladie d'Alzheimer aidé par sa femme pour les tâches de la vie quotidienne et évalué en GIR 5 en 2007, l'une des visiteuses déclare à notre enquêtrice en aparté : « Je me souviens d'elle [l'épouse du bénéficiaire], je suis venue ici il y a deux ans... Elle est dépressive. Elle avait pleuré pendant la visite ». Puis, sans attendre les réponses aux questions permettant de remplir la grille, elle se tourne vers sa collègue : « si je lui mets [un codage] C pour [l'item] "transferts", ça fera [un GIR] 4 ». Et lors du débriefing après la visite, les deux visiteuses expriment leur inquiétude : « Elle ne va pas tenir longtemps. Elle va s'épuiser. Surtout s'il ne fait pas ses nuits. Elle est dépressive... ». [visiteuses (assistante sociale et infirmière) - CD V]

La réinterprétation des directives qui s'opère dans la pratique des visites relève d'un ajustement des outils au contexte de travail. Mais elle correspond également à une réelle redéfinition des catégories de personnes qui présentent un besoin d'aide légitime dans le cadre de l'APA. Les visiteurs semblent ainsi développer, quelle que soit leur formation initiale, une posture professionnelle (ou ethos) proche de celle des assistantes sociales, telle qu'elle a été caractérisée dans d'autres secteurs de l'action en direction des personnes fragiles (dans la protection de l'enfance par exemple).

• Des infirmières particulières ?

Comment comprendre alors que des visiteurs issus de formations initiales paramédicales développent des pratiques et un ethos professionnel qui se rapprochent de ceux du travail social ?

Une première piste réside dans leurs trajectoires professionnelles. Sur les sept visiteurs infirmiers enquêtés, six avaient travaillé par le passé, pendant plus de dix ans, dans un service de l'administration territo-

riale (service de protection maternelle et infantile d'un conseil départemental par exemple). Aucun n'avait fréquenté professionnellement le milieu hospitalier ou la médecine ambulatoire depuis plus de 15 ans. Ainsi, occuper un poste de visiteur APA attirerait des infirmières au profil particulier, dont la socialisation professionnelle se serait construite dans des postes de soignants à vocation sociale, où les missions sont d'accompagner plus que de soigner.

Une deuxième piste tient à l'organisation concrète du travail, qui diffère des conditions classiques d'exercice du métier d'infirmière. Sur les différents terrains où nous avons enquêté, les visiteurs travaillent le plus souvent hors du regard de leur hiérarchie. Les résultats de leurs évaluations et leurs prescriptions d'aide sont certes soumis à l'avis contradictoire des médecins du conseil départemental mais ils sont rarement remis en cause. Ces conditions d'exercice renforcent les marges de manœuvre et donc le rôle des normes implicites dans les pratiques professionnelles. La maîtrise relative du contenu et des règles du travail conduit à introduire une logique de travail social dans leur mission.

• • •

L'analyse des enquêtes de terrain suggère que les membres des équipes médico-sociales des conseils départementaux, chargés des visites à domicile prévues dans la procédure d'instruction de l'APA, ne se contentent pas d'appliquer mécaniquement la grille AGGIR. En effet, ils réinterprètent les directives administratives, à la lumière de normes professionnelles, qui semblent partagées par la plupart d'entre eux, quelle que soit leur formation professionnelle initiale, sanitaire ou sociale. Que cette relative homogénéité des pratiques provienne de la sélection des infirmières qui occupent ce type de poste (sélection spontanée ou par la hiérarchie) ou des conditions d'exercice du métier, il semble bien que la socialisation professionnelle continue, c'est-à-dire au travail tout au long de la carrière, joue ici un rôle plus important que la socialisation professionnelle « initiale » dans la construction des ethos et des pratiques professionnelles.



Pour aller plus loin



Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes : dimensions territoriales de l'action publique », Rapport final réalisé pour la MIRE/DREES.

Bourdieu P. (1990), « Droit et passe-droit. Le champ des pouvoirs territoriaux et la mise en œuvre des règlements », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 81/82, pp. 86-96.

Mulet P. (2014), « Évaluer la dépendance : jeux et enjeux autour de la codification », in Weber F. et al., (dir), *Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui*, Paris, Editions Rue d'Ulm « Sciences sociales », pp.195-215.

Serre D. (2009), *Les coulisses de l'Etat social. Enquête sur les signalements d'enfants en danger*, Paris, Raisons d'Agir.